Carral (F. de P.)

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

EL TIEMPO

COMO INDICACION

DE

INTERVENIR EN OBSTETRICIA.

Francisco de P. Carral.

TESIS.



MÉXICO.
TIPOGRAFIA DE HERNÁNDEZ HERMANOS,
Plazuela de Buenavista núm. 1.

1895

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

EL TIEMPO

COMO INDICACION

DE

INTERVENIR EN OBSTETRICIA.

Francisco de P. Carral.

TESIS.



MÉXICO.
TIPOGRAFIA DE HERNÁNDEZ HERMANOS,
Plazuela de Buenavista núm. 1.

1895

A la memoria venerada de mi Padre.

Á LOS SEÑORES

Dr D. Manuel Carmona y Valle

Y

Lic. D. Pablo Martínez del Río

Como muestra de sincera gratitud.

AL SEÑOR

DR. D. MANUEL GUTIERREZ.

Honra de la Ciencia Obstétrica Mexicana.



SEÑORES JURADOS:

La afición especial que he tenido por la obstetricia desde que comencé á estudiarla y la oportunidad que tuve de conocer las opiniones originales, nuevas, que en este ramo profesan nuestros más célebres parteros, me decidieron á escojer para objeto de mi tésis un tema relativo á este asunto y que nunca ha sido tratado con especialidad en la ciencia extranjera. Las ideas que voy á exponer pertenecen á ũn Profesor del ramo, al Sr. Dr. D. Manuel Gutiérrez, que tocó este importante asunto en sus brillantes lecciones orales de Obstetricia, durante el curso del año pasado

Convencido el sábio Maestro de la trascendental importancia que en la práctica tienen estas ideas, y palpando las graves consecuencias que tiene para madres é hijos el contravenir á estos principios, que desconocen ó falsean casi todos los autores extranjeros, se decidió á reunir en un todo las nociones aisladas que con

este motivo habia emitido en su enseñanza en la Escuela de Medicina, presentando á la Academia un trabajo titulado «*El tiempo como indicación de intervenir en Obstetricia.*»

Es pues ínfiimo el mérito que tengo en este pequeño trabajo, puesto que es el resultado del estudio y práctica de mi maestro y de su bondad y desinterés en permitirme dar publicidad á sus ideas. Cábeme tan solo la satisfacción de exponer y aceptar las opiniones de un sábio compatriota.

La simple enunciación del tema que me propongo desarrollar basta para hacer comprender cuán extenso es el campo que abraza. No pretendo por tanto mas que aplicar estos principios generales á algunos casos particulares, los que me parecen más importantes, dejando á otros la tarea de dirigir sus investigaciones sobre las demás modalidades de la Terapéutica Obstétrica.

Con el objeto de dar alguna claridad á estas líneas, he creido conveniente hacer primero algunas consideraciones sobre la Terapéutica Obstétrica en general, para fundar en principio las ideas especiales de mi maestro. La segunda parte comprenderá la aplicación de la ley general á algunos casos particulares.

PRIMERA PARTE.

De la Terapéutica Obstétrica en general.

La Terapéutica, sabemos, es la ciencia de las indicaciones. Llenar la indicación en un organismo enfermo, es remediar sus males hasta donde es posible á la

ciencia, satisfacer el principal requisito de todo plan curativo. Todo lo que sea alejarse de esta conducta, redundará en perjuicio del enfermo, ya sea agravando, ya sea dejando estacionario un mal que podía haberse remediado. Si en teoría es así comprendida la idea fundamental del arte de curar, no lo es de la misma manera en las aplicaciones clínicas, en que el entusiasmo por un nuevo medicamento, por un método operatorio desvía aun á los espíritus más concienzudos. Dígalo si no, la historia de la trepanación y de los vegigatorios, de la extirpación del cuerpo tiroides y la sangría, las múltiples intervenciones quirúrjicas del varicocele, etc. Hasta los antisépticos mismos, han pasado por alternativas verdaderamente extrañas, exaltados unas veces, desechados otras, bajo la influencia siempre funesta del espíritu de sistema. Despues de infinitos ensayos terapéuticos se vuelve en algunos casos á la medicación primitiva, como ha sucedido con el tratamiento de los aneurismas, de la sífilis, etc. El mejor apoyo que puedo presentar para estas consideraciones, es el magnífico discurso pronunciado en el Congreso de San Luis Potosí, por el eminente Director de nuestra escuela; en él, señala el Sr. Dr. Don Manuel Carmona y Valle los excesos en que caen médicos y operadores al poner ciegamente en práctica los consejos de los autores modernos, y rechazando sistemáticamente muchos medios curativos por el mero hecho de ser antiguos ó aplicados fuera de indicación y oportunidad.

Tratando de encontrar las razones de estas anomalías, nos hemos preguntado naturalmente cuáles son los requisitos indispensables de todo plan curativo, racional médico ó quirúrgico. En efecto, para emprender cualquier tratamiento, no basta que exista la indicación de él: es además indispensable que la aplicación de ese

medio terapéutico que nos surgiere la indicación sea posible, en otros términos, que las condiciones individuales permitan la realización de él con beneficio para el enfermo. Estos dos factores, indicación y condiciones especiales del caso, por sí solos no autorizan el acto curativo si este ha de ser racional. Debe buscarse la época de la evolución de los fenómenos morbosos, en que la terapéutica sea más eficaz; es decir, el momento oportuno de emprender el tratamiento ideado para el caso. Se ve que la cuestión es complexa y que si los libros pueden darnos reglas generales para llenar el primer requisito que hemos señalado, nunca podrán satisfacernos para resolver los otros dos términos del problema, porque los casos clínicos son infinitos y en cada uno de ellos varían, por una parte, las condiciones locales y generales que permiten ó prohiben la acción curativa, y por otra, el desarrollo y sucesión de síntomas y signos que señalan el momento oportuno.

Si aplicamos estas consideraciones á la terapéutica obstétrica, encontraremos sin duda infinidad de casos en que la conducta del partero se aleja de este desideratum, para caer en el empirismo que dejamos indicado. Los autores, en efecto, dan reglas inaceptables para las delicadas intervenciones con el forceps, para el parto secundino, la versión podálica con extracción inmediata, etc. Y como en obstetricia, el cumplimiento de estos preceptos generales es más indispensable, más trascendental aun, por jugarse dos vidas, y por ser en muchas ocasiones rapidísima la sucesión de los fenómenos, es de la mayor importancia el fijar un criterio racional que sustituya con ventaja al empírico y arbitrario que señalan los especialistas. El partero se encuentra con frecuencia vacilando entre la vida de dos séres que parecen hacerse contrapeso en la balanza del raciocinio; ambos organismos reaccionan al unísono

unas veces, en desacuerdo otras, y de aquí dobles indicaciones, un cuadro de condiciones para cada uno, y para la intervención un sólo momento oportuno, que por el mero hecho de ser el resultado de múltiples factores por parte de madre é hijo, debe preocupar al médico para evitar la precipitación ó el retardo, perjudiciales siempre para uno de ellos ó para ambos.

Para aclarar un poco estas ideas, voy á relatar un caso de intervención obstétrica que presencié hace algunos días en la maternidad. Se trataba de una secundípara, en trabajo, fuente íntegra, orificio de dilatación como de 4 cent., contracciones normales; feto en present. de hombro, sin perturbaciones circulatorias. El Sr. Profesor de Clínica Obstétrica, en vista del caso, decidió practicar la corrección por maniobras externas. En efecto, existía la indicación de trasformar en longitudinal la present. de hombro. Las condiciones del caso, nuestro segundo factor, autorizaban hasta cierto punto la conducta terapéutica, pues había alguna movilidad del producto, ningún polo se había encajado y las paredes abdominales presentaban cierta tolerancia; solo el útero estaba un poco tenso é irritable, puesto que estaba la mujer en trabajo. El momento era oportuno? En abstracto podemos decir que no, puesto que las paredes uterinas, por su resistencia, no permitían la prehensión conveniente de los polos fetales y reaccionaban al contacto de la mano. Por otra parte había temores de romper la bolsa. Nuestros factores no estaban pues presentes, y comprendiéndolo asi el Sr. Profesor Capetillo, intentó la conversión empleando suma prudencia. A pesar de la habilidad del maestro, se conservó la presentación transversal. Entre tanto la dilatación avanzaba y como el insistir era peligroso, se pensó en un nuevo medio: la vers. podálica. Indicada la operación por el mero hecho del

abocamiento irregular del feto, el Dr. Capetillo, siempre clínico é imitador de la Naturaleza, buscó los otros dos factores para proceder desde luego, pero como no existían, decidió esperar pacientemente el momento oportuno y las condiciones de la versión. «La ciencia en estos casos, nos decía, es no hacer nada; ¿cómo voy á penetrar por un canal incompletamente dilatado y á hacer pasar por él un feto á término? Por qué apresurarnos, si el producto no sufre en lo más mínimo? La naturaleza va dilatando las partes, la bolsa se insinúa suavemente en el canal, preparando el campo á mi brazo primero y al feto después. Si hay peligro para el producto en cualquier momento, la intervención será fácil, rápida é inofensiva en una cavidad ámplia.» Las previsiones del maestro, se realizaron una á una. La bolsa llegó á la vulva, completando la dilatación, poco después salieron las aguas y como la presentación se mantuvo, y el feto iba á ser asfixiado en breves momentos, se practicó sobre la marcha la versión extrayéndose un niño vivo, con ínfimo traumatismo materno.

Qué hubiera sucedido si se interviene media hora antes, media hora después? Anticipándose, la intervención hubiera sido un parto forzado, cuyas graves consecuencias son conocidas; retardándose al momento oportuno, el feto hubiera perecido muy probablemente, pues á la relajación pasajera que sigue al escurrimiento amniotico, sucede la constricción fetal por la retractilidad y las contracciones uterinas. En estas condiciones el hombro podría haberse encajado fuertemente, el producto inmovilizado en lo absoluto, etc. Entonces habría que pensar tal vez en la embriotomía.

Este caso, verdaderamente clásico, parece haberse realizado para demostrar los conceptos que trato de exponer. La primera intervención, que no llenaba los

requisitos que exigimos, fracasó, aun en hábiles manos; la segunda, por la expectación prudente del maestro, reunía los tres factores, y dió un éxito completo. Por estas razones y por traer en apoyo de mis ideas la autorizada opinión del Dr. Capetillo, me he permitido consignar este hecho altamente significativo.

Creemos haber llegado á demostrar rápidamente que *toda* intervención obstétrica debe reunir los tres requisitos siguientes:

1. ° Indicación que la motive (causal de preferencia); 2. ° condiciones especiales del caso, buscadas en el estado general y local de la madre y del feto; 3. ° la presencia ó persistencia de un fenómeno que obligue á la intervención inmediata; esto es lo que constituye el momento oportuno. Pues bien, vamos á hacer ver que *atendiendo al tiempo como guía para el momento de intervenir, se falta casi siempre* (á menos de coincidencia fortuita), *á uno ó más de los requisitos arriba señalados y que por lo mismo, en ningún caso debemos atenernos á ese factor, marcado arbitrariamente por los autores para algunas decisiones terapéuticas.*

En efecto, ni la Obstetricia ni ninguna otra rama de las ciencias médicas es ni puede ser una ciencia exacta. Fundada la medicina en la observación y la experimentación, dista mucho de las ciencias matemáticas que tienen por base principios absolutos é inmutables; de aquí que las nociones concretas que derivan de cada uno de estos principios sean siempre las mismas, siempre exactas para estas, siempre variables, y aproximadas para las primeras. La astronomía en el grupo de las ciencias matemáticas, permite predecir en que momento tocará un astro el disco del sol, porque esta predicción está fundada en el cálculo, dato nunca engañoso. La medicina, formada por inducción, jamás podrá preveer con la misma exactitud y certeza el mo-

mento de aparición de un fenómeno morboso en cualquier sindroma clínico, puesto que cada hecho patológico presenta una modalidad diferente, puesto que la sucesión de síntomas y signos ni es fatal, ni está encerrada en límites precisos. La neumonía, enfermedad de ciclo definido si las hay, permite un pronostico relativamente exacto; pero es evidente que en todo caso tendría que ser aproximado, y jamás establecido sobre un criterio tan arbitrario como el tiempo; es en efecto, tanto más aproximado, cuanto que se funda en el cuadro completo que presenta el enfermo y en la evolución que han seguido en el caso los múltiples elementos que lo forman. Qué médico se atrevería á anunciar la defervescencia de la enfermedad pulmonar para el 7º, 8º, 12º día, sólo por el hecho de ser frecuente la crísis en tal ó cual momento?

En el ramo que estudiamos, en la Obstetricia, las circunstancias son idénticas. Recordemos la regla de Pajot relativa á la aplicación del forceps: Siempre que la cabeza se detenga sin progresar durante más de dos horas en cualquier punto del canal, habrá que proceder á su extracción.» Evidentemente esta regla es inaceptable, porque el *único* factor á que se atiene el clínico es arbitrario. El momento oportuno está fijado por la progresión de las agujas de un reloj. Obedeciendo esta regla, dos cosas pueden suceder: 1º La intervención es benéfica para madre é hijo porque casual, providencialmente ambos organismos ó uno de ellos reaccionaron en aquel momento pidiendo la intervención inmediata; ó 2º La intervención es nociva en mayor ó menor grado por precipitación ó por tardanza; de manera que el parto se hubiera verificado sin peligro momentos después, ó al contrario, después de las dos horas el feto hubiera sufrido, ó el canal materno sería ya el sitio de lesiones más ó menos importantes. En la

1ª eventualidad el clínico ha intervenido á ciegas pero con buen resultado; en la 2ª á ciegas también, y con perjuicio de sus enfermos.

Lo que decimos de esta regla podemos aplicarlo exactamente á otros casos obstétricos importantes. Tales son por ejemplo las reglas dadas para la ligadura del cordón, la extracción placentaria, el período puerperal. El clínico en los casos difíciles, se encuentra algunas veces perplejo para escoger ó aplicar la terapéutica, y trata de recordar las reglas, la conducta que aconsejan los maestros en sus diversos tratados; pero la confusión se hace mayor porque encuentra en esas reglas gran divergencia entre unos y otros, señalando unos un tiempo excesivo otros unos cuantos minutos; porque, y esto es lo más frecuente, no ha anotado con reloj en mano el segundo en que apareció tal ó cual fenómeno. Y esta insuficiencia tenía por neeesidad que existir: fundados en un criterio empírico, en contraposición con la índole misma de la ciencia de que pretenden formar parte, estos preceptos tienen que reflejar la variabilidad de los casos clínicos, la vacilación de los autores mismos por la imposibilidad de fijar un término necesario á cualquiera evolución morbosa.

Así pues, á priori y analizando imparcialmente la esencia misma de los procedimientos médicos, puede asegurarse que es irracional el atender al tiempo como único guía de las intervenciones obstétricas.

Si estudiamos los hechos, llegaremos á la idéntica conclusión. De la misma manera que Negele da razón del momento del parto, por la coexistencia de los tres factores siguientes: completa madurez del huevo, completo desarrollo del útero, separación de las membranas maternas y fetales, así nosotros justificamos toda terapéutica obstétrica por la coexistencia de los tres requisitos antes indicados; ahora bien, la naturaleza misma

es la que reune en un momento dado dichos elementos, la que señala por su modo reaccional cuándo debe procederse; y la que demuestra que los mejores procedimientos son los que se asemejan á los que ella emplea, y si es ella la que va sucesivamente haciendo aparecer cada uno de los requisitos ya indicados, no toca al médico presuponer sin base racional alguna, cuánto tiempo empleará en determinado caso, señalándole un plazo improrrogable.

Apartándose de la observación é imitación de la naturaleza, estos preceptos tienen forzosamente que dar funestos resultados en su aplicación. Recordemos cómo en el caso de presentación transversal antes citado, varían de un momento á otro las condiciones morbosas; hemos dicho que media hora antes media hora después, si en el transcurso del tiempo, apoyamos nuestras decisiones faltará siempre nuestro tercer requisito (momento oportuno), y además unas veces el segundo (intervención prematura) y otras el primer factor (intervención retardada, en que puede no haber ni indicación, ni condiciones ni oportunidad, sino que en vez de versión podálica habrá que pensar en la embriotomía). Señalaremos más adelante iguales defectos para la asistencia del parto secundino, de la ligadura del cordón y otras en que á la falta *necesaria* del tercer requisito se agrega la del segundo ó primero ó de ambos á la vez.

Conduce pues la realización de estas reglas á las prácticas más absurdas y nocivas, y á la terapéutica sistemática tan defectuosa en principio.

Es preciso convenir, no obstante, que en algunos casos es difícil encontrar y descubrir esos tres elementos, y que entonces sólo una larga práctica y una prolongada observación de la naturaleza pueden servir al clínico para apreciar las circunstancias especiales de

estos hechos poco comunes. Esta deficiencia misma demuestra claramente las dificultades imprevistas de la clínica, dificultades que, si no existieran, harían de la medicina una ciencia perfecta y accesible á todos. Por el contrario, de ser cierta la regla de Pajet y sus análogas, nada sería más sencillo que decidir una intervención cualquiera, teniendo cierta habilidad de manos y un cronómetro que nos señalara el momento de proceder.

Así pues, tanto las reglas que se fundan en el transcurso del tiempo, como las que asentamos nosotros sustituyendo á las primeras, son deficientes en la práctica, pero las primeras denuncian su impotencia en la falta misma de conformidad entre los diversos autores, y en la falta de base racional que las apoye. En tanto que las que proponemos están fundadas en la Terapéutica racional, y su deficiencia hace evidente que están subordinadas á la observación clínica y conformes con la índole de una ciencia experimental y de observación.

Reasumiendo lo anterior, podemos decir que no debe aceptarse ninguna regla terapéutica que tenga por único criterio el transcurso del tiempo, porque: 1º Las ciencias médicas no son ciencias exactas; 2º Se aparta el médico de la terapéutica racional para caer en la sistemática; 3º se aleja de la observación clínica que es el único medio de que dispone para darse cuenta exacta de un sindroma patológico y de su evolución, y en lo cual fundará el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento; 4º Como consecuencia de todo esto, falta al precepto ineludible de imitar á la naturaleza; 5º Acepta en la práctica preceptos que ni en teoría pueden admitirse por carecer de fundamento. Y como ya hemos demostrado que aceptando esas reglas, se falta

á nuestros tres requisitos, podemos deducir que siguiendo los consejos racionales antes apuntados, no podremos caer en los vicios numerosos en que hemos dicho incurren los *temporalistas*.

PARTE ESPECIAL.

VERSIONES.

«Sin embargo, puede decirse que hechas hábilmente y en tiempo oportuno, estas diversas versiones (externa, mixta, interna) permiten muy á menudo salvar madre é hijo, y que constituyen uno de los más preciosos recursos de la obstetricia.» (Auvard). A propósito de la extracción manual del feto, agrega el mismo autor, que es de urgencia y á voluntad. Que debe prácticarse ó cuando la temperatura de la madre pase de 38° ó cuando la parte fetal permanezca más de dos horas al mismo nivel del canal genital.

Una de las primeras operaciones que ví practicar en la maternidad fué la versión podálica mixta con extracción inmediata. Las consecuencias fueron fatales para la madre; el feto había perecido varias horas antes del parto. Las dificultades en los diferentes tiempos de la maniobra fueron considerables, y la extracción peligrosa por las desgarraduras probables de todo el canal. Se trataba de una presentación transversal, con tetanismo uterino por ocitócicos, ruptura de la bolsa y prolapsus del brazo. Este primer hecho parecía en oposición con la benignidad que los maestros

atribuyen á este género de intervenciones. Traté de encontrar la razón de la aparente anomalía, por haberla visto repetirse en todas sus partes, en las veces que posteriormente ví practicar la versión. La causa es bien conocida de todos. La administración del zoapatle en estos momentos, es siempre un feticidio, casi siempre la muerte de madre é hijo. Señalo estos casos, únicamente para que sirvan de verificación á las proposiciones establecidas en la Parte General de este pequeño trabajo, para que se vea cuan funestas son en la práctica las infracciones á los principios de Terapéutica racional apuntados más arriba. Entre nosotros no creo exista médico alguno á quien se pueda culpar de hechos análogos á los que en este momento estudiamos, por lo mismo, estas observaciones no harán mas raros los casos que se presenten de esta especie de distocia. ¿La administración del zoapatle determina el abocamiento transversal del feto? ó se prescriben los ocitócicos para llevar á término un parto por el hombro? Cuestión es esta difícil de resolver, por la gran dificultad de adquirir datos fidedignos de personas ignorantes y poco observadoras, en cuyas manos pasan los instantes primeros del hecho clínico. Un parto en presentación de hombro, se prolonga considerablemente y es probable que en virtud de esta lentitud se administre el medicamento. Sin embargo, es raro y de llamar la atención, que no se recurra á los ocitócicos (por lo menos no lo he observado) en los abocamientos longitudinales que, en casos determinados, son bastante lentos en llevarse á cabo. La cuestión es pues dudosa.

Pasada esta digresión, veamos cómo se dejan de realizar nuestros requisitos terapéuticos en el género de distocia que estudiamos.

Un parto por el hombro casi nunca es eutócico. Lue-

go toda presentación de torax, tenemos la obligación de transformarla en longitudinal. La indicación capital es pues el cambio de presentación. ¿Por qué medios vamos á obtener nuestro objeto? Aquí entra la importancia de «las condiciones del caso.» Si hay facilidades para obrar á través del tabique abdomino-uterino, si el feto es movilizable, si no hay embarazo gemelar, ni cortedad del cordón, la indicación puede llenarse por maniobras externas. Vamos á intervenir sobre la marcha? Evidentemente esperaremos el momento más propicio para el éxito; en los momentos del trabajo las maniobras son difíciles porque el dolor despierta reflajos abdominales y uterinos frecuentes, prolongados y más ó menos enérgicos, y los movimientos impresos al feto acentúan estos fenómenos, además con una dilatación avanzada ó con un útero cuyas contracciones sean de por sí enérgicas, es muy posible la ruptura de la bolsa de las aguas.

Por fin, el líquido amniótico es relativamente escaso y la conversión dificultosa. Cuando la bolsa no existe ya, la versión externa no es de intentarse generalmente; sin embargo, puede suceder que inmediatamente después de la expulsión amniótica, la matriz descanse relajándose un poco y permitiendo que se intente la operación [Embarazo gemelar para segundo feto]. Suponemos que el feto no sufre. A los 4 ó 5 meses del embarazo las condiciones varían en lo absoluto. Hay gran movilidad del producto, pero su volúmen es pequeño y se encuentran obstáculos para hacer sobre él una prehensión conveniente. El útero no está tan adelgazado como en el 8° ó 9° mes. Por fin, el beneficio de la versión externa se perdería seguramente, puesto que muy á menudo hay mutaciones y no tendríamos medios de mantener la presentación. El momento oportuno es intermedio. Al fin del octavo mes, las condi-

ciones son favorables y aparece nuestro tercer factor: la posibilidad y la probabilidad de que la presentación longitudinal se conserve ó por medios artificiales [Decubitus razonado, fajas, compresas] ó por medios naturales [contracciones indoloras, diminución relativa del líquido amniótico, encajamiento]. Se ve, pues, que no puede decirse que la versión externa nunca se practique en pleno trabajo, puesto que habrá casos en que se suprima por tal ó cual medio un fenómeno que estorbe la maniobra completando así la trípode terapéutica. El cloroformo, por ejemplo, puede ser útil en los momentos del trabajo para facilitar la prehensión fetal y satisfacer artificialmente á nuestro segundo requisito (condiciones propicias.)

Ocupémonos de la versión podálica mixta. Primer factor: indicación. Por parte de la potencia: la inercia uterina. Por parte de las resistencias: abocamientos irregulares, deformidades fetales, estrechez huesosa ó de las partes blandas, etc. Por complicación: todo aquello que por parte de madre ó hijo, exija un desembarazamiento rápido. Segundo factor: condiciones del caso. Dilatación ó dilatabilidad del orificio uterino. Bolsa íntegra ó recién rota, ó conservación suficiente de líquido amniótico, movilidad relativa del producto. (paredes uterinas no retraídas tetánicamente.) Cada indicación, es decir, cada caso, trae su grupo especial de condiciones. Si se interviene por inercia, se tratará de combatir su causa, se verá el estado de la madre, se auscultará el vientre, se convencerá uno si no hay un polo fetal encajado é inmovilizado en el estrecho superior ó en la excavación. Si es la cabeza, buscar las condiciones para la aplicación de forceps, etc. Por parte de las resistencias, se verá el grado de estrechez pélvica, el volumen probable del feto (á término ó antes de él), la mecánica del trabajo [estrechez relativa por

desviaciones de las potencias y resistencias]. Lo mismo para las indicaciones que proceden de una complicación. Tercer factor: momento oportuno. En tanto que la bolsa existe, es muy raro encontrar un feto que sufra, y como el papel fisiológico del saco fetal es dilatar el canal, su ruptura y con ella el peligro posible para el producto, se verifican en el mismo momento. Es decir, que la naturaleza [en las presentaciones irregulares] deja en peligro al engendro en el mismo momento en que le abre paso para su salida [dilatación completa] unas veces natural, otras veces artificial. Restrinjamos la cuestión al caso de tetanismo uterino por ocitócicos con presentación irregular. No tenemos ni la competencia ni el tiempo de analizar los variadísimos casos é indicaciones que piden este género de versión.

Hemos dicho antes que el momento ideal de la intervención obstétrica, está dictado por fenómenos maternos y fenómenos fetales en perfecta coexistencia. Sentado esto, claramente se comprende que el malísimo resultado de la versión mixta en estos casos, depende de la disociación de los momentos oportunos para madre é hijo. En efecto, la bolsa se rompe por el tétanos ocitócico de la matriz, sorprende al cuello débilmente dilatado y como no hay un vértice que tape el segmento inferior para impedir el escurrimiento total del líquido amniótico, aparecen inmediatamente los fenómenos patológicos en el corazón fetal. Para el producto, este es el momento oportuno. Podremos intervenir sobre la marcha? Seguramente que no, puesto que el momento oportuno no ha llegado para la madre (falta de dilatación, espasmo ó retracción del orificio, cierto bienestar que es consecuencia *pasajera* del escurrimiento amniótico). Y como hay necesidad de esperar, el feto muere en breves momentos por imposibili

dad de auxiliarlo por las vías naturales. Quizá un operador inteligente pensaría en la sección cesárea; en efecto, la extracción abdominal del feto, *hecha en tiempo oportuno*, debe salvar á *casi todos* [no me atrevo á decir á todos] los niños. Si es cierto que casi todos perecen bajo el útero tetanizado, el feto reclama á gritos esa intervención. La madre va á recibir igual beneficio? Con excepción del parto forzado, ninguna medida puede tomarse para desembarazar á la mujer por las vías naturales. Los peligros que corre, esperando en estas condiciones una dilatación completa ó por intervenciones antes de esta dilatación, son considerables [1].

Actualmente y en manos habituadas á estas delicadas operaciones, la madre recibiría un beneficio indiscutible.—Creemos que la operación cesárea para estos casos, reunirá los tres requisitos terapéuticos: 1º Indicación (feto vivo amenazado, con imposibilidad de salvarlo por otro medio) 2º Condiciones (Habilidad operatoria para el caso, cuello no dilatado, estado general de la madre que permite esperar el éxito, ausencia de fenómenos peritoneales graves; etc) 3º momento oportuno (se salva al niño, se evita probablemente la aparición del cortejo sintomático peritoneal; el agotamiento de la mujer, la inercia y las hemorragias por trabajo prolongado, la ruptura del útero etc. La operación creemos que debe emprenderse en este momento, antes que aparezcan signos locales y generales que se añadan al acto operatorio, desacreditándolo por la muerte de la madre.) En resumen, como el empleo de los ocitócicos aleja el momento fetal del momento mater-

(1) He coleccionado los casos de versión podálica mixta practicadas en la maternidad durante el año pasado y los dos primeros meses de 95. Son 18 versiones. 7 por complicaciones diversas. 11 por presentación del hombro con tetanismo uterino por ocitócicos. En esta pequeñísima serie, la mortalidad ha sido versión podálica mixta por complicaciones diversas: madres 0 p%, niños 57 p%. Por ocitócicos: madres 63.6 p%, niños 81,8 p%.

no, y como á esto atribuimos la principal influencia sobre el mal éxito de la versión podálica en todos los casos análogos, podría pensarse en la operación cesárea moderna que á nuestro entender reune ambos instantes en un solo momento oportuno (el principio del sufrimiento del feto). En la embriotomía no hemos pensado porque se supone al feto vivo aún una vez que ha perecido, la división instrumental del producto es de practicarse en feto muerto, con graves peligros de hacer la versión podálica (rupturas uterinas, hemorragias, septicemia, desgarraduras intraperitoneales del orificio de dilatación, peritonismo, peritonitis, etc., accidentes señalados en las ordenatas de maternidad en los casos que presento en la nota, y que explican la elevada mortalidad de las madres: 63, 6 p. %) inmovilidad del producto, encajamiento del hombro, etc. Se practicará el corte bi-axilar de Rodríguez-Capetilo, [poca resistencia y flaxidez de los tejidos fetales], el corte colo-axilar superior del Dr. Ortega (dorso anteriores) ó colo-axilar inferior del Dr. Zárraga [dorso posteriores.]

—◆◆◆—

PARTO SEGUNDINO.

Abordamos aquí una de las cuestiones más árduas de la Terapéutica Obstétrica. La expulsión de los anexos es, para médicos y profanos, el complemento obligado de la expulsión fetal. El retardo más ligero, la más leve anomalía, á este respecto, producen el pánico y el terror en personas agenas ó no al arte de curar. Y en efecto, de un modo general, toda irregularidad en esta etapa última del trabajo del parto, *puede* traer gravísimas consecuencias para la madre, su muerte misma, si la terapéutica no es adecuada. Las hemorragias profusas que matan en algunos instantes, y la septicemia, la fiebre tan justamente temida por todos, son los dos peligros, las dos amenazas que asedian á la puérpera en tanto que los anexos están retenidos. De estos temores, unas veces fundados, otras, y no pocas, sin fundamento racional alguno, ha nacido según creemos, la terapéutica que aconsejan gran número de parteros para atender el parto secundino. Este, dice Auvard, cuando dura más de una hora, es patológico. En consecuencia, aconseja aguardar á que pase una hora del parto para proceder á las diversas maniobras que recomienda Hubert espera veinte minutos. Charles, al tratar de la inercia simple [sin hemorragia], dice que si persiste veinticinco ó treinta minutos des-

pués de las fricciones y otros medios ligeros, se recurrirá á la inyección de la placenta ó á la extracción manual. Espera una hora ó dos cuando mucho en los casos de retención placentaria por espasmo uterino ó adherencias anormales de los anexos. Negele y Grenser fijan el término de la espera en 3 horas. Cazeaux es más prudente. Después de haber sentado que una hora ó dos después del parto, hay que pensar en la extracción de los anexos si estos no han salido expontáneamente, trascribe las opiniones de Merriman y de Dewes á modo de una restricción á regla tan absoluta. Este último dice: No hay que jalar el cordón una, dos, ni tres horas después del nacimiento del niño; no es el tiempo trascurrido el que debe normar la conducta del partero. El momento de intervenir está siempre señalado por el estado mismo del útero [citado por Cazeaux.] Un poco más arriba, citando á Merriman, dice: «· . . . . . .—Si la mujer no corre ningún peligro, puede, antes de proceder á la operación, esperar todavía, sobre todo si hay razón para creer que la retención proviene del agotamiento y debilidad de la mujer: pues entonces es posible que después de un rato la expulsión se verifique espontáneamente.»

Como se ve, todos los autores terminan por la extracción manual, pero no hay dos de ellos que fijen el mismo momento para llegar á este método. Lo repetimos, la precipitación dictada por todos estos preceptos, no reconoce más causa que el temor á una hemorragia y á una septicemia más ó menos próximas ó probables. Pero acaso estos dos términos del dilema son necesarios? Es imposible llegar á suprimirlos por algún otro medio que no sea la intervención ya indicada? De no seguir esos consejos, esa intervención inmediata, vendrán irremisiblemente la infección ó la hemorragia? Creemos que no, creemos que los casos

clínicos son infinitos y que en cada uno de ellos es deber del partero observar minuciosamente todos los factores que pueden traer dichos accidentes, para deducir de su conjunto el plan terapéutico y obrar conforme á la indicación. La sagacidad, la experiencia especialmente del partero le harán pesar con acierto cada una de las determinaciones que se le presenten, y de su comparación elegirá la que por determinadas razones sea más benéfica. Se presentará por ejemplo una primipara, de buena constitución, cuyo parto aunque largo y doloroso, no ha presentado complicación alguna; después de la expulsión del niño, se han agotado sus fuerzas, y aunque el útero se ha retraído bien las contracciones dolorosas no aparecen. Habrá que dar un reposo más ó menos largo (nosotros no sabemos si será dc 1, 2 ó 24 horas) al órgano gestador; abandonamos entonces á la puérpera previo lavado vaginal y una pequeña curación con gasa sobre la vulva, dejándola con un útero retraído, ningún escurrimiento sanguíneo que pueda llamarse hemorragia, un pulso regular y lento (70 por ej.) y buen estado general. Una faja hipogástica bien aplicada nos dará seguridades en en cuanto á la dilatación del útero. Por qué sujetar á esta mujer á maniobras más ó menos traumatizantes, á intervenciones que *pueden* en muchos casos traer la infección ó la hemorragia que por ellas tratan de combatir? Sin embargo de esto, tendríamos que sujetarla á toda esa serie de maniobras (expresión uterina, tracciones sobre el cordón, inyecciones intrauterinas, extracción manual, raspa inmediata) que los autores aconsejan en *todos* los casos en que la expulsión anexial se hace esperar.

Entremos de lleno á la cuestión y formulémosla del mejor modo posible: Qué conducta debe seguirse en caso de retención de los anexos? La cuestión así for-

anulada es bastante ámplia. Pero si antes de llegar á la terapéutica, no fijamos perfectamente el significado de «Retención de los anexos,» nuestra discusión versará sobre un hecho dudoso é indefinido: Charles (II tomo pág. 313) se expresa así: «Cuándo hay retención de la placenta? Después del aborto, la hay cuando no ha salido la placenta al cabo de 6 horas; después del parto se puede admitir una hora, dos horas cuando mucho.» Negele y Greuser dicen [Accouchements pág. 627]. «Si la extracción no es posible después de una hora ó á lo más dos ó tres horas etc. Delore y Lutaud en su artículo "Retención placentaria" dicen: "La indicación capital es extraer la placenta, cuando *veinte minutos* después de la salida del feto, se ve que los esfuerzos naturales no bastan." [De l' art des accouchements pág. 368]. Cazeaux, no define la retención placentaria. Auvard, comprende las dificultades de explicar la retención, atendiendo solamente al tiempo transcurrido. «La retención de los anexos parece á primera vista fácil de definir; cuando en efecto, *diez á doce horas* después del parto, placenta y membranas están aún en el útero, el diagnóstico no es difícil de establecer; pero no sucede así, cuando después de la expulsión del feto, y tardando el parto secundino se quiere precisar el momento exacto en que cesa el estado fisiológico para dat lugar al patológico, es decir, á la retención.» Y más adelante añade: «Se puede decir que hay retención de la placenta siempre que el orificio interno (círculo uterino) ó un orificio accesorio accidentalmente formado en el útero [Enchatonnement] esté suficientemente *cerrado* y *rígido*, para impedir el paso de la placenta ó el de la mano que vá á extraerla.»

«El orificio interno ó uno accidental formado en el

útero es el que da la medida de la retención placentaria.»

«En tanto que esté abierto, no hay retención.»

«Cuando esté cerrado, la retención existe.»

Y para concluir sus definiciones añade: «Reconozco que este dato carece de precisión que varía con cada partero, que es algunas veces difícilmente apreciable, pero debemos contentarnos con él á falta de otro mejor.» (Auvard-Traité d'Acouchements-Pag. 602 y 603)-El tiempo, siempre el tiempo como factor esencial en todas estas reglas cuya insuficencia demostraremos más adelante.

En México se sigue en lo general una práctica que corresponde en todo á las definiciones antes citadas. En la Casa de Maternidad se hace la expresión uterina al menor retardo en la expulsión de los anexos haya ó no accidente que la motive. Ignoro si ésto está autorizado por los jefes del servicio de esta Casa, pero el hecho es innegable.

Ignoro también si nuestros profesores en Ostetricia definen la retención como los extranjeros; no sé tampoco cuál será su práctica; pero si he oído la definición que el Sr. Profesor D. Manuel Gutiérrez dió en su cátedra al tratar este importante asunto: Debe entenderse por retención de los anexos, su no expulsión *acompañada de accidente*. Elimina pues en lo absoluto la noción de tiempo, y hace aparecer en la definición en primer término, el hecho de que aun se encuentra dentro del útero, y en segundo, la existencia de accidentes más ó menos graves. Esta definición perfectamente justificada por la razón y la clínica, evita el escollo con que tropiezan todos los autores ya citados y permite adoptar una terapéutica adecuada, puesto que pone enfrente la causa y el efecto de la anomalía que venimos estudiando. Faltando uno

cualquiera de ambos términos, no hay retención clínicamente. La habrá aun cuando no haya accidentes, pero en el sentido vulgar de la palabra, no en su acepción científica.

En efecto, todos los autores que definen la retención por el tiempo transcurrido desde el parto, vacilan para fijar, como dice Auvard, el momento en que del estado fisiológico se pasa al patológico. No podía menos de suceder así, puesto que ni un síntoma ni signo clínico entra en su definición. Tienen pues todas estas definiciones, y su terapéutica inseparable los graves defectos que hemos señalado en nuestra parte general. No insistimos más. Sólo haremos notar algunas imperfecciones que hemos creído encontrar en algunas de ellas. La indicación capital, dicen Delore y Lutaud, es extraer la placenta, cuando *veinte minutos* después de la salida del niño, se ve que los esfuerzos naturales no bastan. Esto es totalmente absurdo; si no hay accidente ¿por qué *obligar* á la matriz á que en veinte minutos expulse los anexos? ¿Por qué no darle cuarenta, cien minutos, ó dos, cinco, diez horas? Si hay accidente ¿lo dejaremos durante veinte minutos abandonado y sin terapéutica ninguna? El dilema es ineludible.

Auvard por su parte, incurre en un defecto análogo, diagnosticar la detención. A renglón seguido se confiesa impotente para señalar el momento en que se torna distócico placentario. Yo le preguntaría: A las diez ó doce horas es distócico ¿y lo es también á las 8 y 9 horas? y á las 3 ó 4 horas? Si fuera consecuente con su frase, yo me encargaría de fijar matemáticamente ese momento supremo, guiándome por sus respuestas.

Más adelante añade: «El orificio interno ó uno accidental formado en el útero es el que da la medida de la retención placentaria. En tanto que esté abierto,

no hay retención. Cuando esté cerrado, la retención existe.» Pero como ántes ha dicho: «Se puede decir que hay retención siempre que el orificio uterino esté suficientemente cerrado y rígido para *impedir el paso de la placenta* ó *el de la mano que vá á extraerla,*» podemos asegurar que Auvard sólo hará la extracción placentaria en *caso de retención*, con la cucharilla ó con un sólo dedo, ó con algo que no sea la mano [á ménos que desgarre ese orificio *cerrado y rígido.*] Esto en cuanto á la Terapéutica. En lo relativo á los hechos clínicos de lo anterior se deduce que el orificio uterino impide el paso de la placenta y de la mano por su retracción y rigidez después de diez ó doce horas de la expulsión fetal. Proposición que desmiente la clínica. Por ultimo, como no hay dos placentas ni dos manos, matemáticamente iguales, si se atiende para definir la retención al orificio rígido y cerrado de que habla Auvard, sería para mí una retención placentaria, lo que para algún otro no lo sería por tener una mano delgada.

Por lo que llevamos dicho, pensamos que es de aceptarse la idea de retención, tal como la hemos explicado. Una vez aceptada, la contestación es obvia: debe intervenirse inmediatamente por m dios proporcionados y adecuados á la gravedad, y á la naturaleza de los accidentes que presente la enferma. Podrá pues, suceder que haya que combatir una inercia, un espasmo, una hemorragia. La intervención será precoz. La intervencion tardía estará dictada ó por la hemorragia ó por la putrefacción de los anexos ó por cualquiera signo *precoz* de infección. En todo esto vamos conformes con la práctica general de los parteros. Comienza la divergencia de opiniones, cuando no se tiene de la retención placentaria el concepto que tenemos según la definición propuesta. Entonces, á la pregunta

formulada más arriba: ¿Qué conducta debe seguirse en caso de retención de los anexos? [y que modificaría yo diciendo: Qué conducta debe seguirse en caso de *retardo en la expulsión* de los anexos?], yo contestaría de la siguiente manera: Examinar cuidadosamente el estado general y local de la mujer y si todo es satisfactorio, aseptizar minuciosamente la vagina y la vulva, cubrir con gasa la entrada de la vulva y poner un vendaje abdominal bien aplicado. Los dos primeros medios son la profilaxia de la infección; el último se opone á la distención uterina y á la hemorragia.

Para hacer patente el contraste, pongamos en frente de estos consejos, los que generalmente se dan para casos de esta especie. Casi todos los autores recurren en caso de retardo, á las mútiples maniobras que desde largo tiempo atrás se vienen practicando para acelerar la expulsión placentaria. Sujetan pues á la puérpera á fricciones sobre la matriz, expresión de Credé, inyecciones intrauterinas, inyección de la placenta, excitaciones del cuello, ocitócicos [completamente abolidos en este caso de la tocología mexicana], extracción manual, raspa uterina.

Valoricemos cada uno de estos métodos. Al que proponemos, llamémosle de expectación razonada. Al que desechamos, le daremos el nombre de método activo.

Qué ventajas, que inconvenientes presenta cada uno de ellos? Repito que el caso clínico que suponemos es un simple retardo en la expulsión placentaria sin accidentes de ninguna especie.

La abstención tiene desde luego la ventaja de ser conforme á las leyes de la terapéutica racional que hemos señalado antes. El práctico se abstiene de intervenir porque no existiendo síntoma ni signo patológico ninguno, no considera el caso como distócico; luego la abstención profiláctica es justificada, la terapéutica,

activa es un contrasentido puesto que, por el momento, no hay fenómeno que combatir. Obedece así á la ley del *primum non nocere*, tan sabiamente establecido en medicina. Realiza la imitación de la naturaleza, esperando á que el organismo por su modo reaccional reuna los tres factores de que hemos hablado, indicando al práctico su intolerancia por la conservación de un cuerpo que lo hace enfermo. Como ventajas indirectas, la abstensión evita los peligros que puede ocasionar la terapéutica activa en estas condiciones.

Cuáles son ahora sus desventajas? Separándose, dicen los intervencionistas, de una mujer en estas condiciones, puede de un momento á otro presentarse la hemorragia y [illegible] peligro para la madre. Además, los anexos dentro del útero son un peligro inminente de septicemia. El cuello uterino tiende á reformarse, y la intervención tardía será muchas veces incompleta y difícil por la estrechez del paso. La puérpera [illegible] temor de un accidente [illegible] los anexos. El práctico tiene que permanecer al lado de la madre durante un tiempo más ó menos largo.

Estas son las objeciones que conozco en contra del método expectante. El peligro de hemorragia, es cierto, no puede negarse. La hemorragia es *posible* en estas condiciones como en otras muchas. Pero será probable en una mujer cuyo estado general es bueno, cuyo pulso refleja por su lentitud y regularidad, la buena retracción uterina, en la que se encuentra en el abdomen un globo duro, regular, y por cuyos órganos nada escurre que pueda llamar la atención? La clínica funda en esto un pronóstico favorable. Será probable una dilatación grave del órgano gestador, después que lo hemos retenido por una eficaz compresión abdominal? Será grave la hemorragia cuando se añada á la

faja abdominal que impide la distensión, el volumen mismo de los anexos que disminuye la capacidad de la cavidad uterina? En último caso, la partera puede remediar por el momento la situación, si el médico se ha ausentado ó tarda en llegar.

Los hechos que se pudieran citar en contra de esta práctica, no serían muchos á no dubarlo, puesto que, *en las condiciones* en que nos hemos puesto, los parteros siguen una conducta diferente. El Sr. Dr. Gutiérrez, que ha seguido una terapéutica en conformidad con estas ideas de que es autor, nos decía que estos temores de hemorragia son exagerados, imaginarios muchas veces; que en su práctica había tenido oportunidad de confirmarlo, y que en vez de sangre, se encuentra en la vagina ó al exterior, la placenta y las membranas junto con la gasa que se había puesto. En resumen, para tomar en consideración esta primera objeción, habría que formar una serie de hechos clínicos bien observados y *en las condiciones que exigimos.*

Por el momento nos apoya la opinión del referido maestro.

Pasemos á la segunda: la Septicemia. La discusión completa de este asunto nos llevaría muy lejos. Si se acepta que la profilaxia de las infecciones puerperales se practica con un beneficio y una seguridad notables, si se admite que las infecciones uterinas son específicas (vibrión, estreptococo, etc.), se comprende cuanto terreno pierde esa objeción en la época actual. Charles cierra con broche de oro su obra de partos, diciendo: «El peligro más grave, la septicemia, se combate con *seguridad;* y gracias al método antiséptico, la madre no tiene que temer esta enfermedad que tiempos atrás hacía tantas víctimas.» No soy optimista, pero creo que en la actualidad, el método antiséptico *rigurosa y concienzudamente aplicado,* da derecho á esperar los bene-

ficios más sorprendentes. Por lo mismo, desecho la expectación cuando no sea posible cumplir debidamente con esta profilaxia (nuestra maternidad por los pocos recursos de que dispone, mujeres desaseadas, poco cuidadosas, muy pobres,) si el médico quiere estar seguro de la asepcia, no debe permitir que mano alguna que no sea la suya, penetre al canal de la puérpera. Lo mismo podemos decir de canulas, sondas, topicos llevados por la partera ú otra persona á la vulva, vagina ó útero.

La retracción del cuello uterino es una dificultad. A esto podemos contestar que es muy difícil la retracción del cuello, en una matriz obligada á contraerse por la presencia misma de los anexos, y que después como antes del parto las contracciones uterinas abren el cuello.

Además, los tejidos han quedado distendidos, dilacerados muchas veces, y no es fácil una retracción precoz. Se citan casos de este incidente, pero después de administrar el cuernecillo ó el zoapatle, cosa que no es permitida antes del parto secundino. Y si en nuestro caso se presentara, podría combatirse por diferentes medios (duchas, baños, tapón antiséptico intra-cervical, dilatación rápida ó lenta). Podría también llevarse uno ó dos dedos [Capetillo] ó alguna pinza ó cucharilla.

El temor de la mujer y los que la rodean lo desvanece el médico ó por la persuación ó imponiéndose Por fin, la pérdida de tiempo para el partero no es de tenerse en cuenta si se atiende á que está en la obligación moral de dedicarse á atender del mejor modo posible á su enferma; además, siguiendo nuestros consejos esta objeción no existe.

Pasemos al campo contrario. El método activo, dicen sus partidarios, realiza en estos casos de simple retar-

do, una profilaxia contra la infección y la hemorragia, incomparablemente superior á la que realiza el método expectante. Es como se ve una cuestión de grado. Por lo que á la infección se refiere, ya hemos dicho que su verdadera profilaxia es la asepcia y la antisepcia, y no como quieren los intervencionistas, el simple hecho de la extracción placentaria. Hemos señalado ya el peligro de infectar el útero con la misma mano operadora, su traumatismo inevitable que predispone á la septicemia, sus desgarraduras en algunos casos, sus contracciones espasmódicas, etc. Se me contestará que la mano que se lleva dentro del útero deberá ser aséptica y operará con suma suavidad; pero nadie puede negar que mientras más se toque un utero hay mayores peligros de estos accidentes, en otras palabras, nadie puede negar que un parto secundino manual exige un pronóstico más severo que uno natural, que es el ideal de la expectación. "Prefiero extraer un niño que sacar una placenta" ha dicho el Sr. Profesor Capetillo. La extracción manual es una intervención más delicada de lo que parece. Juzgo que el arte no imita perfectamente á la naturaleza en el mecanismo del despegamiento placentario. Tengo la idea de que es un medio análogo al que usamos cuando sin el auxilio de la otra mano queremos despegarnos las costras de yeso que se han quedado adheridas despues de haber manejado la papilla de esta sustancia: por movimientos de extensión ó flexión de la mano, destruimos el paralelismo entre las superficies adherentes. Si queremos ayudarnos con la otra mano, reduciremos el yeso á múltiples fragmentos, dejando adherida una buena porción. Aceptamos por lo tanto los consejos del Sr. Dr. Gutiérrez, que reserva la extracción manual como un recurso heroico para remediar graves complicaciones.

En cuanto á la profilaxia de la hemorragia, estamos seguros que depende tanto del estado mismo del útero como de la expulsión anexial. La placenta en efecto ó está totalmente adherida al útero ó se ha despegado en parte. Si lo primero, no podrá haber hemorragia; si lo segundo, la hemorragia existe y la intervención es oportuna. Los demás medios que aceleran el parto secundino son menos enérgicos, por lo mismo perjudican menos que la extracción manual. Dejemos á un lado la inyección de la placenta como aconseja Mojon [condenada por las experiencias de Budin], y los ocitócicos, absolutamente proscritos en estos casos de la tocología mexicana. Las fricciones uterinas, la expresión de Credé, las duchas intrauterinas, las excitaciones del cuello [titilaciones que están desechadas; duchas vaginales], etc., logran su objeto en el mayor número de casos, pero no son absolutamente inofensivas. Las fricciones por el abdomen combaten la atonía de la matriz, y en nuestro supuesto, la retracción es satisfactoria. Son pues ó inútiles ó perjudiciales. Lo mismo podemos decir de las inyecciones vaginales y uterinas, que sirven tan solo para provocar la contractilidad uterina. La expresión de Credé es el medio que más se emplea entre nosotros y en el extranjero para acelerar la expulsión placentaria. Me permito, á este propósito, trascribir algunas líneas de Hubert, relativas á la expresión: « . . . en otros términos: inútil cuando el músculo se retrae normalmente, peligrosa cuando está profundamente inerte, la expresión no nos parece indicada sino raras veces para ayudarlo cuando esté un poco perezoso. Pero estas matrices un poco lentas en terminar su obra, se encontrarían tal vez mejor con *algunos instantes de reposo* que con un golpe de mano, pues obligarlas á ponerse en acción en momentos en que no parecen dis-

puestas á ello, están muy expuestas á caer en la inercia consecutiva.»

«Este temor no es solamente teórico, pues M. Voituriez sobre 100 observaciones de expresión de la placenta ha mostrado siete casos de hemorragias secundarias. Si pues las hemorragias primitivas del sobreparto son más raras, las secundarias son por el contrario más frecuentes con el procedimiento de Credé que con el clásico, y se pregunta uno una vez más en dónde está el beneficio de la intervención.»

Más adelante añade: «El procedimiento es brillante: el operador se da la importancia de haber salvado á una mujer . . . . . que no corría ningún peligro.»

Podemos pues decir que aplicada en las condiciones que hemos supuesto, la expresión es inútil *cuando menos*.

En resumen, cada una de estas maniobras tiene sus indicaciones especiales, sus condiciones de aplicación y su momento oportuno, y en nuestro supuesto, nada de esto existe; por lo mismo son inoportunas. Consideradas *en block*, en conjunto, su mala aplicación trae frecuentemente accidentes más ó menos serios. En un útero bien contraído podrán ocasionar un despegamiento parcial y la hemorragia; en las mismas condiciones tal vez provoquen un espasmo úterino y la extracción placentaria que por ellas se trata de obtener, se hará sumamente difícil y peligrosa. Basta recordar la etiología de los espasmos uterinos para convencerse que en gran número de veces son provocados por una terapéutica intempestiva. Si en la inercia simple sin hemorragia, se va á extraer la placenta, en vez de combatir directamente la atonía ó parálisis del músculo, podrá venir la hemorragia, las desgarraduras, la inversión, etc.

En una palabra, llenar la indicación, buscar las condiciones clínicas que la hagan eficaz y esperar [método expectante] el momento oportuno; esas son nuestras reglas. De lo contrario, se expone uno á accidentes, se perjudica á la enferma y se aplica una terapéutica sin brújula.

PARTO SECUNDINO.—Conclusiones: 1ª En ningún caso debe tomarse el tiempo como guía para proceder al parto secundino. 2ª El simple retardo en el parto secundino, no es un fenómeno distócico. 3ª El método activo en este caso es de desecharse, pues no hay fenómenos que combatir. 4ª El método expectante es de recomendarse por realizar una profilaxia conveniente sin perjudicar á la puérpera. 5ª Se abandonará el método expectante cuando el cuadro clínico presente algún signo ó síntoma ó los antecedentes (pulso, respiración, estado del útero, debilitamiento por hemorragias anteriores, eclampsía en el embarazo, etc.) infundan dudas en el pronóstico. 6ª Se desechará igualmente cuando la asepsia no pueda realizarse convenientemente. 7ª La seguridad contra la hemorragia debe buscarse en el útero; contra la septicemia en los antisépticos. 8ª La prudencia y la práctica del partero le permitirán adaptar la terapéutica á cada caso particular, pues es imposible prever y enumerar todas las eventualidades de la clínica.

Escribiría un grueso volumen si analizara todos los casos en que son aplicables é infringidas estas reglas. Esto es imposible para mí por todos conceptos. Si más tarde, dedicado á los estudios obstétricos que tanto me atraen, quedan por llenar todavía estos huecos ya señalados, añadiré gustoso algunas nuevas aplicaciones á estos apuntes que presento ahora al juicio de mi respetable Jurado.

México, Mayo 2 de 1895.

Francisco de P. Carral.